

Apendagite epiplóica: complicação de covid-19?

Epiplóic appendagitis: a complication of covid-19?

Marcella Giovanna Gava Brandolis¹, Beatriz Alcantara Mendes¹, Mariana Cândida Félix Magalhães¹, Giulianne Emanuelle Bentes¹, Fabiano Inácio de Sousa², Frederico Barra de Moraes²

RESUMO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de apendagite epiplóica após COVID-19 e suas relações, exames clínicos e laboratoriais, tratamento e condução do caso.

Descritores: Apendagite Epiplóica, Colon; COVID-19; Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.

ABSTRACT

The objective of this work is to report a case of epiplóic appendagitis after COVID-19 and its relationships, clinical and laboratory tests, treatment and management of the case.

Keywords: *Epiplóic Appendagitis, Colon; COVID-19; Computed Tomography. Magnetic Resonance.*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou como emergência global a infecção pelo novo coronavírus em 31 de Janeiro de 2020 e então, nomeou a doença de COVID-19. O vírus foi designado de SARS-Cov-2 pelo Grupo de Estudos de Coronavírus do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus, devido à sua semelhança genômica com o vírus causador da síndrome da insuficiência respiratória aguda grave (SARS)¹.

O quadro clínico da COVID-19 é tosse (seca), febre e cansaço. Podem ocorrer em casos mais graves, sangramento pulmonar, dispneia, linfopenia e acometimento renal. Na maior parte dos casos os sintomas são leves. O diagnóstico da doença pode ser feito por pesquisa do vírus por reação em cadeia polimerase ou sorologia, sendo que a escolha dos exames é feita de acordo com o número de dias de sintomas do paciente².

A covid-19 está associada a um fenótipo pró trombótico

que pode levar à coagulopatia e disfunção endotelial. Tal disfunção endotelial pode levar a casos de trombose, aneurismas e infartos lacunares em qualquer parte do organismo, devido à inflamação sistêmica. Esse aumento do risco parece estar particularmente associado a reação inflamatória exacerbada e liberação exagerada de citocinas, sobretudo interleucina 6,4,5. A coagulopatia é verificada pelo aumento dos índices de fibrinogênio, D-dímero (DD), fator VIII e prolongamento do tempo de protrombina (TP) e do tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa), fatores associados à má evolução clínica e óbito¹.

Em pacientes que evoluíram à óbito devido ao coronavírus, foram observadas alterações no seu endotélio, tecido que reveste os vasos sanguíneos. As pesquisas demonstram hipercoagulação vascular depois que o Sars-CoV-2 infecta as células endoteliais, devido à inflamação do tecido. Uma das possíveis complicações dessa alteração da homeostasia endotelial é a apendagite epiplóica.⁵ O mecanismo fisiopatológico da

¹Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser

²Professor do Curso de Medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser

doença inclui infartos lacunares e a inflamação dos apêndices epiplóicos³.

Os apêndices epiplóicos foram relatados ainda no século XVI. No entanto, foram reconhecidos como patologia apenas no século XX. Isso porque, constitui-se de um distúrbio relativamente raro, um diagnóstico diferencial de quadros sintomáticos de instalação aguda comuns, como a apendicite e a diverticulite⁴.

Essas estruturas se constituem de saculações provenientes do peritônio visceral do intestino grosso, preenchidas por tecido adiposo e vascularizadas por duas artérias e uma veia. Tais apêndices, se concentram na região do cólon transverso, cólon descendente e do sigmóide. Portanto, são mais frequentes do lado esquerdo do abdômen, preservando o reto. Seu tamanho varia de 0,5 a 5 cm de comprimento e até 2 cm de espessura. É uma condição benigna, incomum e autolimitada⁵.

Por serem estruturas vascularizadas e com extrema mobilidade, a possibilidade de torção e conseqüente processo isquêmico ou hemorrágico da saculação são grandes, o que gera dor e desconforto abdominal para o paciente. Além disso, é possível que ocorram infartos por inflamação, em caso de doenças inflamatórias sistêmicas, como a COVID-19³. A epidemiologia dessa doença é desconhecida, sabe-se apenas que ela é mais comum em homens (4:1) e entre a terceira e sexta décadas de vida, com um pico por volta dos quarenta anos. O tratamento costuma ser conservador, com uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Porém, intervenções cirúrgicas podem ser necessárias³.

O diagnóstico é feito através do exame clínico e complementar, sendo mais indicada, entre os métodos de imagem, a tomografia computadorizada. Devido à disponibilidade crescente desse exame, o diagnóstico correto tem sido cada vez mais frequente. Isso é de veemente importância para o bem estar do paciente, pois evita intervenções desnecessárias e acelera a recuperação de sua saúde³. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de apendagite epiplóica após COVID-19 e suas relações, exames clínicos e laboratoriais, tratamento e condução do caso.

RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 45 anos, apresentou dor lombar atípica há uma semana, em pontada referida para abdome em flanco esquerdo escala de dor numérica EVN = 3, em uso de dipirona 1g de 12/12 horas há quatro dias com melhora discreta da dor. Nega outros sinais e sintomas. Ao exame físico flexo-extensão total da coluna lombar, Lasegue negativo, ausência de déficit neurológico, ausência de dor à palpação dos processos espinhosos lombares, sinal de Giordano negativo. Classificação da dor: aguda, visceral, não oncológica, nociceptiva.

Paciente com diagnóstico de COVID-19 há seis meses (abril/21) tendo 10% de comprometimento pulmonar sem necessidade de internação hospitalar. Paciente foi vacinado com duas doses de CoronaVac (mar/21 e jul/21).

Foram solicitados exames laboratoriais e de imagem. Ao exame laboratorial: creatinofosfoquinase 300 U/L; PCR 46,3 mg/L; Dímeros D 402 ng/mL. Prescrito enoxaparina 100mg ao dia por 5 dias e repouso por 30 dias. Conduta expectante. Paciente evoluiu com melhora da dor.

À tomografia computadorizada e ressonância magnética do abdome total: imagem ovalada com sinal semelhante a gordura no flanco esquerdo da cavidade abdominal, junto ao aspecto inferior do baço, exibindo realce periférico associada a leve densificação dos planos adiposos adjacentes e finas lâminas líquidas, medindo 6,2 x 2,0 cm, inespecífica, mas que pode estar relacionada a necrose focal da gordura intra-abdominal (infarto omental/apendagite epiplóica) (Figura 1 e 2).

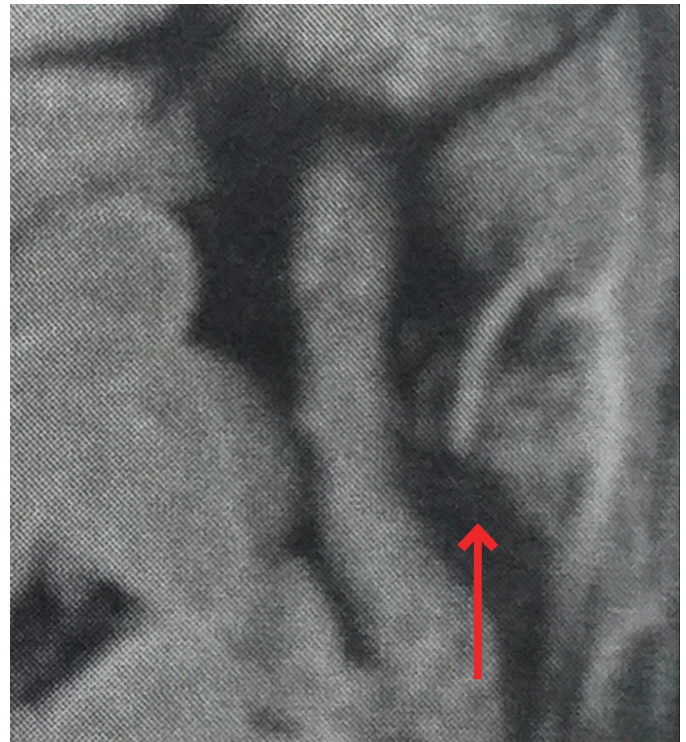


Figura 1. Tomografia computadorizada do abdome em corte coronal evidenciando apendagite epiplóica.



Figura 2. Ressonância magnética da pelve em corte transversal (A) e coronal (B) evidenciando apendagite epiplóica (setas vermelhas).

DISCUSSÃO

A apendagite epiplóica (AE) é uma doença abdominal rara e geralmente autolimitada que atinge os apêndices epiplóicos, estruturas lipídicas fixadas externamente no cólon, dentro da cavidade peritoneal. A AE também é intitulada como epiplopericolite, epiplolite hemorrágica e apendicite epiplóica. Este distúrbio foi identificado por Linn em 1956⁵.

Os apêndices omentais são saculações revestidas por uma membrana serosa, geralmente possui 3 cm, com variações de 0,5 a 5 cm. São mais numerosos no cólon descendente, portanto a dor é localizada majoritariamente no hipocôndrio, flanco e fossa ilíaca esquerdos. Entretanto, existem cerca de 50 a 100 divertículos em todo o cólon, com ação protetiva⁵.

Pessoas obesas ou após o processo de emagrecimento apresentam apêndices epiplóicos maiores e mais abundantes. A apendagite é precedida por microtrombose venosa, causando inflamação ou por infarto de saculação ao atingir as arteríolas que irrigam os divertículos, usualmente por um processo de torção⁵.

A AE é mais prevalente entre 20 e 50 anos, sem predileção por sexo. Sua principal manifestação clínica é uma dor abdominal aguda constante, principalmente em fossa ilíaca esquerda, quando o desequilíbrio ocorre no peritônio visceral a dor costuma ser difusa, mas ao progredir para o parietal torna-se bem localizada. Ademais, não é acompanhada por hipertermia e os pacientes apresentam bom estado geral⁶.

O estado afebril é explicado pela baixa taxa de colonização, dado que os apêndices epiplóicos não possuem comunicação com a mucosa intestinal. Esse quadro clínico pode simular um abdome agudo, o que torna a diverticulite, apendicite e colecistite agudas os principais diagnósticos diferenciais de AE. Os diagnósticos errôneos em casos de apendagite são comuns, entretanto está diminuindo atualmente devido aos médicos emergencistas e radiologistas estudarem mais este distúrbio nos últimos anos e graças a melhoria dos exames de imagem⁷.

Torção ovariana, ruptura de cisto de ovário, gravidez ectópica, abscesso, tumor de cólon, linfadenite mesentérica e doença de Chron também são diagnósticos diferenciais de AE. As alterações laboratoriais incluem aumentos discretos nos níveis de proteína C reativa e neutrófilos. A velocidade de hemossedimentação, leucócitos, marcadores pancreáticos e hepáticos usualmente estão normais⁸.

O diagnóstico de imagem é importante devido a inexistência de achados clínicos ou laboratoriais específicos. É realizado preferencialmente pela tomografia computadorizada (TC) com contraste, onde demonstra achado elíptico de 1 a 5 cm com densidade de gordura coligado ao espessamento do omento. O diagnóstico é definido pela redução da gordura em torno do divertículo. A ultrassonografia e a ressonância magnética também podem ser pertinentes neste diagnóstico⁶.

O tratamento da apendagite epiplóica é ambulatorial e não invasivo. Baseado no uso de anti-inflamatórios e analgésicos, com recuperação total entre 3 a 14 dias. A intervenção cirúrgica comumente não é utilizada, mas pode ser necessária em casos de aderências, prevenção de recidivas ou quando não há disponibilidade de exames de imagem, sendo utilizada a videolaparoscopia, com laqueação e extração do divertículo inflamado⁶.

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2. Os primeiros casos surgiram em Wuhan, na província chinesa de Hubei, no final de 2019. Causada pelo vírus de RNA de fita simples SARS-CoV-2, em geral essa doença é autolimitada e não causa complicações na maioria dos infectados, porém, em alguns casos, pode resultar em morte devido a danos

alveolares maciços e insuficiência respiratória progressiva. Alguns estudos revelaram uma taxa de mortalidade de 2 a 3,4%, podendo chegar a 10% em pacientes com idade avançada e comorbidades prévias⁹.

Após surgir na cidade chinesa, o coronavírus se espalhou pelo mundo causando uma das maiores pandemias da história, afetando até o momento 196 países, com 416.686 casos e 18.589 mortes, segundo dados da Organização Mundial da Saúde⁹.

A transmissão do novo coronavírus ocorre através de duas formas principais: gotículas respiratórias e contato. A disseminação de pessoa a pessoa ocorre principalmente por gotículas respiratórias, semelhante à disseminação da influenza. O vírus é liberado nas secreções respiratórias quando uma pessoa com infecção tosse, espirra ou fala pode infectar outras pessoas se entrar em contato direto com as membranas mucosas. A infecção também pode ocorrer por contato se uma pessoa tocar uma superfície infectada e depois tocar nos olhos, nariz ou boca¹⁰.

Até agora, as medidas primordiais contra este novo agente são a detecção precoce e o isolamento de pacientes suspeitos, além da vacinação. Os sintomas iniciais mais comuns descritos para a infecção pelo COVID-19 incluem sintomas constitucionais e respiratórios, como febre, mal-estar, tosse, coriza e dispneia¹⁰.

Embora a maioria dos pacientes com a doença coronavírus (COVID-19) tenha predominantemente uma infecção do trato respiratório, alguns pacientes podem desenvolver distúrbios de coagulação. As alterações de coagulação associadas ao COVID-19 sugerem a presença de um estado hipercoagulante que pode aumentar o risco de complicações tromboembólicas¹¹.

A apendagite epiplóica é uma causa rara e muitas vezes mal diagnosticada de dor abdominal que envolve a inflamação dos apêndices epiplóicos. A patogênese da apendagite primária envolve inflamação e trombose venosa em alguns casos. Cada vez mais a COVID-19 associa-se ao aumento da hipercoagulabilidade e, portanto, causa risco tromboembólico em pacientes infectados e pode gerar a apendagite. É necessário, dessa forma, avaliar o risco tromboembólico que os pacientes infectados com o vírus SARS-CoV-2 podem possuir¹².

Não é totalmente claro se o diagnóstico de apendagite epiplóica do paciente está realmente relacionado à infecção por COVID-19. No entanto, é necessário que os profissionais da área da saúde saibam reconhecer a inflamação dos apêndices epiplóicos e a doença tromboembólica que tem sido cada vez mais detectada em pacientes com COVID-19¹².

REFERÊNCIAS

1. Rossi FH. Tromboembolismo venoso em pacientes COVID-19; Artigo de Revisão, *Jornal Vascular Brasileiro*, 2020.
2. Menezes M. Covid-19: Artigo defende nova classificação para a doença; Site da Fundação Oswaldo Cruz, texto de 2021.
3. Louro J, Barata J. Apendagite epiplóica – uma causa incomum de dor abdominal; *Revista Portuguesa de Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia*; II Série; N.º 46 ; Páginas 51-54; Março de 2020.
4. Stradiotti KM, Albuquerque FP, Castro MLS, Arruda LM.

Apendagite epiplóica do apêndice cecal - um relato de caso raro; Arquivos Médicos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2020.

5. Freitas GP, Borges AA, Mendonça R, Ribeiro C, Chindamo MC. Apendagite epiplóica: aspectos clínicos e radiológicos. *Arq. Gastroenterol.* 45 (2); Jun 2008.
6. Pinganaton G, Borges AAB, Mendonça R, Ribeiro C, Chindamo MC. Apendagite Epiplóica: Tratamento Conservador. *Revista Brasileira de Coloproctologia* (28a ed.), 350 a 352; 2008.
7. Chebli JMF, Peixoto R, Soares Junio C, Leite RV, Felga GEG, Umehara EA, Moraes LFF, Francisco DA. Apendagite epiplóica recorrente. *HU Revista UFJF*; 27(1/3): 346-jan.-dez. 2001.
8. Junior JCR, Gabriel SA. Apendagite epiplóica uma causa rara de dor abdominal simulando apendicite aguda: Uma revisão de literatura. *Rev. Corpus Hippocraticum* vol.1 n.1; 2021.
9. McIntosh K. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Waltham (MA): UpToDate.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Coronavírus COVID-19: protocolo de manejo clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Mar 2020.
11. Levi M, Thachil J, Toshiaki IBA, Levy J. Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID-19; *The lancet hematology*; Volume 7; N. 6; Jun 2020.
12. Bashari D, Peguero TJ, Shar J. An Atypical Presentation of COVID-19 in a Previously Healthy Young Male With a Rare Cause of Abdominal Pain; *J Clin Med Res.* 2020.